

Entretien 2 : le 20/06/2018 à 11h00, durée 50 min.

Investigateur : Est-ce que vous pouvez me parler d'une situation récente où vous vous êtes posée la question de la douleur chez le sujet âgé?

Médecin 02 : Euh, alors, euh, la question de la douleur chez le sujet âgé, euh, récemment, (silence). Oui alors, il y a une situation récente qui m'a marquée, euh, une dame que je suivais depuis trois ans, une dame de 84 ans, habitant seule et encore relativement autonome à domicile, euh, qui a chuté, qui s'est fracturée l'épaule droite, euh. C'était une dame qui déjà avait des plaintes de type anxieuse et, euh, ce que j'avais attribué à un syndrome dépressif, euh, depuis déjà plusieurs années. Et donc là elle a chuté, et suite à ça, euh, ses plaintes se sont...enfin ce qui devenait prépondérant c'était la douleur, euh, qui l'handicapait un petit peu au quotidien. Cependant au niveau fonctionnel, euh, elle récupérait relativement bien avec la kinésithérapie, et, euh, on avait initialement, euh, elle avait eu du TRAMADOL qu'elle avait mal supporté, puis finalement avec le DOLIPRANE on arrivait à contrôler les douleurs, et puis de la POMMADE ANTI-INFLAMMATOIRE. Euh, et pourtant elle vient toujours, euh, j'arrivais pas bien à interpréter son discours, mais (hésitation), j'arrivais pas bien à faire la part des choses entre la plainte douloureuse et la plainte anxieuse et, euh, la plainte, euh, oui dépressive et cette chute qui a eu lieu il y a 18 mois. Euh, ça a vraiment précipité un certain nombre de choses, euh, et bon quand j'augmentais les antidouleurs, en fait j'avais pas tellement l'impression que ça modifiait grandement sa plainte, d'autant plus qu'elle supportait relativement mal au niveau digestif les dérivés des OPIACES. Du coup là j'étais un petit peu embêté la dessus. Euh, on avait déjà introduit un traitement ANTI-DÉPRESSEUR qui l'avait un peu apaisée mais pas...enfin ça avait pas été miraculeux. Et donc chaque fois que je venais elle commençait par sa plainte douloureuse, tout en disant que ce que je lui proposais sur l'augmentation des antalgiques..., finalement j'avais pas l'impression que c'était la bonne réponse pour elle, euh...et euh, voilà j'étais un petit peu en difficulté.

Investigateur : D'accord, et comment est-ce que vous abordez la consultation quand elle vous parle de douleur à chaque fois que vous vous rendez chez elle? Elle vous reparle de douleur? Comment est-ce que vous abordez la consultation?

Médecin 02 : Alors, (hésitation), parce que je la voyais, euh, enfin je la vois très souvent. Euh, et initialement on a beaucoup été dans l'adaptation des antalgiques. Donc on a beaucoup été fixé la dessus. Euh, et puis voyant que ça fonctionnait pas vraiment, euh, on a plutôt parlé de son anxiété, mais ça a été compliqué de...d'en parler par le discours était pas très élaboré. Euh, A part de me dire que , euh, elle se sentait seule et de me demander si elle irait mieux, euh, ba elle, (hésitation); j'arrivais pas tellement à aller plus loin. Et donc, euh, au fil du temps, c'est pas que j'ai laissé de coté sa plainte douloureuse, mais j'avais plus tellement de réponses, euh, adaptées.

Investigateur : Du coup vous avez l'impression que chez cette dame la particulièrement, ou en général, la plainte est un peu mixte?

Médecin 02 : Oui

Investigateur : Ça peut être de la douleur, ça peut être autre chose, mais est-ce que vous avez l'impression que tout peut être un peu intriqué?

Médecin 02 : Oui. En fait la plainte douloureuse euh, chez cette patiente et puis chez d'autres patients âgés, elle est, euh, (hésitation), euh, elle est complètement imbriquée avec souvent des difficultés anxieuses, euh. Chez cette dame c'était beaucoup de l'anxiété, et aussi des difficultés liées à leurs morales.

Investigateur : D'accord. Et est-ce que vous avez l'impression que chez d'autres patients ça arrive que la symptomatologie soit plutôt atypique?

Médecin 02 : Oui oui, euh...

Investigateur : Est-ce qu'il y a d'autres symptômes qui vous font poser la question de la douleur?

Médecin 02 : Alors des plaintes, euh, récurrente de sommeil, euh. Récemment j'avais un patient âgé, euh, qui, euh, voilà, se plaignait d'endormissement difficile, euh, de nuits non reposantes, non récupératrices, et en fait en creusant un peu plus, ce patient, il avait des douleurs articulaires multiples, ou des difficultés à trouver ses positions et euh...Après la difficulté c'est que (hésitation), enfin le soulagement j'ai l'impression qu'il arrive jamais à être total. Du coup euh, voilà, ce patient en l'occurrence il s'endort mieux mais il se réveille toujours la nuit.

Investigateur : D'accord. Et est-ce que sur d'autres symptômes, comme des changements de comportement, ou une confusion vous vous posez la question de la douleur?

Médecin 02 : Alors, euh, sur des confusions, euh, j'y pense pas souvent, je pense plutôt à l'infection urinaire... mais oui ça doit pouvoir euh (perplexe ou incertaine).

Investigateur : Et pour revenir à la première consultation, la dame que vous voyez qui s'était cassée le col. Est ce qu'il y a des choses qui vous plaisent dans ce genre de consultation?

Médecin 02 : (silence)

Investigateur : Qui vous mettent à l'aise, ou?

Médecin 02 : Euh, ba c'est quand on arrive à, euh, un petit peu débloquer, euh, les situations rien qu'en élaborant un peu avec, euh, la patiente en l'occurrence, qu'est-ce qui est difficile, euh. Les fois où elle a pu me parler que c'était difficile d'être loin de sa fille, qu'elle se sentait un petit peu seule, j'ai l'impression que les choses avancent un peu mais quand tout est bloqué sur la plainte, ba, euh, c'est une consultation un peu difficile, ou, euh, on...(hésitation puis silence)

Investigateur : Vous avez l'impression de ne plus être à votre place de thérapeute?

Médecin 02 : Bah disons de pas avancer, euh, beaucoup, de pas aider à l'élaboration du cheminement, parce que...Bon les thérapeutiques, les antalgiques font un certains nombre de choses. Euh, mais quand la plainte est comme ça très complexe et s'imbrique avec tout un tas de problématiques...j'aime bien ces consultations, mais parfois je suis pas psychothérapeute donc c'est difficile de, euh, d'avoir les outils pour faire avancer un petit peu les gens dans leurs processus...pas de guérison mais de soins on va dire.

Investigateur : Est-ce qu'il y a une raison particulière qui vous a fait penser à cette question la?

Médecin 02 : Euh, oui parce que, euh, il se trouve que ça s'est terminé de façon tragique pour cette patiente qui, euh, s'est suicidée récemment, euh, le soir même d'une visite...(silence), donc voilà, (mal à l'aise).

Investigateur : Et vous pensez que le suicide peut être une des conséquences du symptôme douloureux? ou c'était plusieurs choses intriquées?

Médecin 02 : Je pense qu'il y a plusieurs choses. Je pense que aussi la douleur, euh, chronique et qui s'installait et qu'on a eu du mal à juguler, euh, ba c'est quelque chose qui pour elle était extrêmement anxiogène.

Investigateur : D'accord. Et votre ressenti de soignant, vous quand...vous voyez une patiente comme ça qui à l'air d'avoir un symptôme douloureux chronique, pour qui vous disiez que finalement on fait le tour des antalgiques et on arrive pas franchement à l'améliorer? C'est quoi votre ressenti de soignant?

Médecin 02 : Bah, euh, là clairement, ça m'a remis en cause, euh, et je l'ai mal vécu, euh. Voilà, on se dit, euh, je me questionne sur, euh, ce que j'aurais pu lui apporter de plus, et euh, si j'aurais pu l'orienter, euh, vers une autre prise en charge, euh, bon. Même si elle avait été vue, euh, par les chirurgiens, ça remet en question la façon dont j'ai pu interpréter les symptômes et puis la façon peut être aussi dont j'ai pu au bout d'un certain temps, euh, comme lassée de sa plainte. En fait, euh, quand cette plainte elle revenait à chaque fois, euh, au bout d'un moment, euh, c'est pas qu'on y fait plus attention (réflexion), si on y prête moins attention en fait.

Investigateur : D'accord, et du coup, dans un monde idéal, qu'est-ce que vous auriez aimé avoir comme outils ou comme moyens?

Médecin 02 : Bah je pense que, euh, il aurait été bénéfique pour cette patiente d'avoir un soutien peut être psycho-thérapeutique, ou d'un soutien, euh, peut être autre que le mien. D'une prise en charge peut être plus collégiale aussi.

Investigateur : Vous vous sentiez isolée?

Médecin 02 : A posteriori, je me suis senti très isolée, euh, et je pense que, euh, cette patiente là en particulier, elle aurait eu besoin d'être un peu plus étayée, un peu plus soutenue, peut être par une

équipe, plutôt que moi toute seule. Enfin il y avait des infirmières, on était pas seule, j'étais pas seule à passer au domicile. Mais, quelque chose d'un peu plus, euh, d'un peu plus soutenant pour elle.

Investigateur : D'accord. Euh, merci d'avoir parlé de tout ça, euh, On va repartir un peu sur l'évaluation, changer de sujet. Du coup la douleur, généralement on commence par l'évaluation. Est-ce que vous, vous avez des outils d'évaluation, est ce que vous l'intégrer dans votre pratique?

Médecin 02 : Alors, euh, chez les patients âgés, j'utilise facilement, euh, pas l'échelle visuelle, euh, surtout quand la douleur dure un peu, sur une échelle de 0 à 10, après, j'utilise pas d'autres outils d'évaluation.

Investigateur : Est-ce que vous trouvez ça pratique dans la clinique de tous les jours d'intégrer les échelles?

Médecin 02 : Bah, euh, l'échelle numérique, c'est relativement pratique.

Investigateur : Et vous ne vous servez pas d'autres échelles?

Médecin 02 : Non

Investigateur : J'ai amené des exemples d'échelles. Les échelles simples (échelle numérique, échelle verbale simple, échelle visuelle analogique) et des échelles plus complexes avec des questionnaires.

Médecin 02 : Alors ça, c'est très peu pratique.

Investigateur : Après j'ai toutes les échelles comportementales (algoplus, doloplus...). Est-ce que vous pensez que ces échelles sont adaptées à votre pratique clinique?

Médecin 02 : Je pense qu'en hospitalisation, euh, chez un patient, euh, peut être avec un patient avec le mal on a du mal à communiquer, euh, avoir des échelles, euh, comportementales et les maîtriser sur des situations d'hospitalisation de douleurs aiguës, euh, c'est probablement...mais dans ma pratique moi de médecine générale, euh, je (silence), euh, en fait, c'est peut être pas bien mais c'est plus subjectif. Après quand une douleur s'inscrit un peu dans la durée, euh, et que on essaye comme ça de tester des choses j'aime bien utiliser l'échelle numérique parce que ça me permet de savoir où l'on en est. Et puis, ou même au patient de dire bon, ça fait plus mal, moins mal que la dernière fois.

Investigateur : C'est plus une échelle de suivi pour vous, qu'un moyen d'évaluation initiale ?

Médecin 02 : Oui effectivement, pas tellement d'évaluation initiale, mais après quelque-chose de... Et là pour la pratique, en consultation ou en visite c'est, euh, trop long de faire les échelles.

Investigateur : Et vous parliez de subjectivité dans l'évaluation et dans les échelles? C'est quoi votre part de subjectivité? Qu'est ce qui intervient quand vous évaluez la douleur?

Médecin 02 : Euh, et bien, le ressenti que j'ai du discours du patient.

Investigateur : (Acquiescement)

Médecin 02 : Oui c'est vrai. En fait, j'ai l'impression qu'il y a des patients qui sont plus convainquants que d'autres. Euh, mais quand même on sent. Déjà on les connaît les patients, euh, donc je sais qu'il y a des patients qui réagissent plus fortement que d'autres. Il y en a qui se plaignent jamais et que ça me met la puce à l'oreille si ils se plaignent. Euh après le risque c'est que effectivement que ceux qui se plaignent tout le temps, j'ai tendance à minimiser les choses. C'est en ça que je suis subjective. Je prends en compte probablement mon ressenti dans la consultation et après aussi voilà. J'ai du temps, j'ai plusieurs consultations pour évaluer les choses. Mon ressenti peu évoluer aussi.

Investigateur : Donc c'est plus votre expérience personnelle, votre position de médecin généraliste qui suit le patient qui vous aide à évaluer la douleur?

Médecin 02 : Oui

Investigateur : Et, est-ce que vous pensez qu'il y a aussi une part de préjugé dans l'évaluation de la douleur?

Médecin 02 : De préjugé, euh. (réflexion) Des préjugés sur quoi?

Investigateur : Ça peut être sur le patient, sur les thérapeutiques...

Médecin 02 : Euh, personnellement, je pense que parfois, je peux être piégée par les préjugés que j'ai sur le patient.

Investigateur : Quels préjugés?

Médecin 02 : Alors la connaissance que j'ai du patient, euh, des patients qui sont beaucoup dans la plainte, c'est parfois difficile d'entendre une autre plainte. Euh, ou alors on la range avec les plaintes habituelles de ce patient qui se plaint toujours. Et ça, ça peut jouer des tours. En tous cas moi ça peut me jouer des tours. Euh, après, euh, des préjugés sur les thérapeutiques (réflexion), non je crois pas que j'en ai vraiment. Euh, je les...Les antalgiques fonctionnent ou ne fonctionnent pas selon les patients. Ou fonctionnent plus ou moins bien, mais je ne crois pas que je parte avec un avis pré-conçu.

Investigateur : Et est-ce que vous arrivez à définir la place de l'empathie, de votre empathie dans la prise en charge de la douleur?

Médecin 02 : Je pense qu'elle est pour l'exercice en général et pour la douleur en particulier, je pense qu'elle est indispensable. Que déjà j'ai, en tous cas c'est ce que j'essaye de faire, que déjà il soit entendu le patient, sans que je me mette forcément d'objectif sur, euh, je vais arriver à traiter cette douleur. Donc ça c'est difficile à faire, de pas réagir à la plainte douloureuse en disant il faut que j'élimine cette plainte douloureuse parce que des fois on y arrive pas.

Investigateur : Et quand vous écoutez le patient, le sujet âgé douloureux, est-ce que vous avez l'impression que les douleurs se ressemblent, que les douleurs sont les mêmes ou que d'une consultation à l'autre on entend toujours le même discours?

Médecin 02 : (sourire) Euh oui, (rire) C'est très souvent. Les plaintes se ressemblent beaucoup, euh, dans le sens ou...enfin la plainte douloureuse dans la mesure où elle diminue beaucoup l'autonomie et rapidement. Ça c'est une problématique qui est prépondérante pour eux. Donc la plainte douloureuse elle se finit souvent en, "je peux plus rien faire", "je sers plus à rien", voilà " je ne sers plus à rien"

Investigateur : C'est une douleur qui s'insinue?

Médecin 02 : Oui, bon ba voilà souvent ils ont mal au dos, euh, aux genoux, ils peuvent plus marcher, ou en tout cas ils sont très diminués dans ces capacités là. Et du coup "je ne sers plus à rien", alors que globalement il n'y a pas que la douleur qui, euh, intervient dedans.

Investigateur : Est-ce que vous pensez qu'on pourrait appeler ça la vieillesse?

Médecin 02 : Oui. Et puis c'est leurs ressentis de...à un certain moment d'un isolement social peut être, du coup voilà "je ne sers plus à rien", à la limite "c'est peut-être même pas la peine de me traiter" (silence). Et ça, cette plainte de je ne sers plus à rien et ba en fait, quand on a jugulé la douleur avec les antalgiques et ba ça, ça reste quand même. Et ça c'est difficile, parce que dans ces douleurs qui sont complexes, où il y a beaucoup de choses qui s'imbriquent, le côté, on va dire, les antalgiques ils peuvent agir sur, euh, la nociception, mais sur le reste...euh, ba on plus de mal.

Investigateur : La vous vous sentez plus démunie?

Médecin 02 : Clairement

Investigateur : D'accord. Et est-ce que vous pensez qu'on pourrait dire, euh, le sujet âgé, la douleur c'est un peu des synonymes. Le sujet âgé est douloureux

Médecin 02 : Non, je pense pas que il y ait cette fatalité là. Euh, il y a des épisodes douloureux, mais ça peut passer, ça peut être amélioré. En revanche, le sujet âgé est facilement vulnérable à tout ce qui atteint son autonomie. Et du coup la douleur c'est quelque-chose qui, euh, qui le rend vulnérable.

Investigateur : D'accord, si vous voulez bien, on peut maintenant parler thérapeutique, des traitements. De manière générale, qu'est-ce que vous pensez de l'efficacité des thérapeutiques actuelles chez le sujet âgé?

Médecin 02 : C'est efficace. (rire). Par contre il y a pleins d'effets secondaires. C'est plus souvent mal toléré. Probablement que ça s'explique pharmacologiquement, euh, je pense notamment aux antalgiques de PALIER II notamment. A la CODÉINE, au TRAMADOL, euh, qui ont une efficacité, euh, souvent on est vraiment limité par tous les effets que ce soit neurologiques, soit digestifs. Ça c'est fréquent.

Investigateur : Est-ce que pour vous il y a une classe qui semble plus adaptée chez le sujet âgé? ou un médicament?

Médecin 02 : Euh, le PARACÉTAMOL (rire). Mais avec une efficacité...Euh, mais je crois que au niveau de la balance bénéfique/risque c'est encore le paracétamol qui fait le mieux.

Investigateur : Et les médicaments les moins adaptés pour vous ça serait quoi?

Médecin 02 : Euh, alors, c'est très subjectif mais le TRAMADOL j'aime pas du tout chez le sujet âgé parce que à chaque fois, j'ai l'impression d'avoir des problèmes de nausées, des gens qui mangent plus du tout, qui sont, euh, et puis confus. Enfin j'aime pas du tout le manier chez la personne âgée. Après euh, globalement, les MORPHINIQUES euh, pour des douleurs vraiment qui sont pas soulagées par le PALIER I ça peut être une solution.

Investigateur : Et est-ce que vous vous sentez à l'aise de manipuler ces médicaments là?

Médecin 02 : Euh, oui oui. Par contre je ne manie pas tellement les patchs. C'est peut être une erreur d'ailleurs. Mais les libérations immédiates et prolongées je trouve ça plus confortables. Le patch c'est les situations de fin de vie. Mais c'est vrai que je n'en initie pas, ou quasiment jamais.

Investigateur : Est-ce que vous vous servez aussi des médicaments un peu plus transverses comme les anti-épileptiques ou les anti-dépresseurs à visée antalgique.

Médecin 02 : Euh, les ANTI-ÉPILEPTIQUES oui quand il y a des problèmes de douleurs neuropathiques. Euh, et ça c'est relativement efficace, euh. Les ANTI-DÉPRESSEURS, je ne les initie pas pour le symptôme douloureux. Plutôt quand il y a un symptôme dépressif associé mais pas à visée antalgique.

Investigateur : C'est pas quelque-chose qui fait parti de vos habitudes de prescription?

Médecin 02 : Non pas chez le sujet âgé

Investigateur : On a pas cité les anti inflammatoires, stéroïdiens ou non stéroïdiens.

Médecin 02 : Euh, les corticoïdes, je les utilise parfois dans les pseudo polyarthrites, j'évite le plus possible. Notamment pour les interactions.

Investigateur : Donc en fait pour penser que l'arsenal est assez large, qu'il y a beaucoup de choix, mais que c'est plutôt les effets indésirables qui vous gênent.

Médecin 02 : Oui oui

Investigateur : Et c'est ça qui vous limite dans la prescription ou dans l'augmentation des doses?

Médecin 02 : Oui oui vraiment, c'est les effets secondaires

Investigateur : Et est-ce que vous pensez qu'il y a d'autres facteurs qui limitent votre prescription?

Médecin 02 : Euh...

Investigateur : Des facteurs liés au patient? ou à vous?

Médecin 02 : Non, non après, euh, quand il y a des...non je crois que je suis relativement à l'aise avec les thérapeutiques de la douleur. Après je suis parfois limitée sur les effets secondaire et puis quand il y a des troubles de la déglutition ça devient compliqué.

Investigateur : **Et est-ce que les patients eux, acceptent votre ordonnance? Est-ce qu'il y a des réticences à la prise d'antalgique?**

Médecin 02 : J'ai pas tellement l'impression chez les sujets âgés. Après ça c'est vraiment une impression parce que au demeurant je sais pas ce qu'il font eux. Les patients souvent ils ne s'opposent pas frontalement à ce que je prescris . Par contre après je peux avoir des retours par des tiers en disant "en fait il prend pas ce que vous lui donnez".

Investigateur : **Et le patient, même s'il ne prend pas les médicaments, il revient avec la même plainte? Ou il revient sans la plainte?**

Médecin 02 : Il revient, ça je le fais pas assez souvent, peut être d'évaluer, euh, la prise. Ils peuvent revenir avec la même plainte, et je comprends pas parce que le traitement a été changé, euh. Et il faut vraiment poser la question pour savoir si ils prennent le traitement. Enfin en tous ça des fois, il faut enquêter un peu pour savoir si c'est pris.

Investigateur : **Est-ce qu'il y a des patients qui se plaignent fréquemment de douleurs, mais qui ne vous posent pas la question ou qui n'ont pas envie que vous vous y intéressiez?**

Médecin 02 : Euh, que je m'y intéresse, euh, si ils ont envie. Euh, par contre il y a des patients qui sont fréquemment douloureux mais qui ne veulent pas les antidouleurs, parce que le PARACETAMOL c'est pas efficace, le reste c'est pas toléré, mais en fait, rien ne leur convient de ce que je peux leur proposer. Et en fait ils ont toujours besoin de m'apporter leurs plaintes. Et puis c'est un peu, pas comme une routine, mais c'est...

Investigateur : **C'est dans le jeux de la consultation?**

Médecin 02 : C'est dans le jeux de la consultation. Et puis par fois la plainte douloureuse elle a une vocation...Enfin elle est là pour quelque chose. Et des fois je sais pas pourquoi elle est là. Ce qui me fait dire qu'elle est là pour quelque chose, c'est la constance de cette plainte, avec oui effectivement, un patient il a pas tellement envie que je fasse quelque-chose pour son affaire. Et qui finalement est pas si limité que ça. Mais ba, euh, ça revient.

Investigateur : **Donc la on repart un peu sur le subjectivité eu peu?**

Médecin 02 : Oui, parce que j'en sais rien en fait. Mais parfois c'est étonnant comme une plainte peut revenir de façon un peu identique. Elle est pas très sensible à la moindre action que j'ai. Donc moi, euh, au bout d'un moment je me dis....bon. Mais pourtant on revient. Et euh, fréquemment, je me dis mais pourquoi il m'en parle. Je lui fait pas grand chose. Et avant je pensais que ces patients là; ils voulaient me prendre en défaut, ou bien me mettre devant mon échec, mais en fait non. Je sais pas pourquoi c'est là cette plainte.

Investigateur : Et quelle répercussion ça a chez vous d'avoir une plainte qu'on arrive pas à traiter qui revient à chaque consultation? C'est pas une chose qu'on a l'habitude en tant que médecin. ?

Médecin 02 : Oui alors, ça dépend des situations. Je crois que les situations sont très diverses. Il y a certaines situations où je me sens vraiment mis en échec. Et où finalement c'est le jeu du patient de me mettre en échec. Et ça veut dire quelque-chose dans la relation. Et ça, c'est plutôt difficile à vivre. Euh, et j'aurais tendance à réagir de façon un peu brutale, ou euh, à dire vous m'énervez, je vous ai proposé des choses, on peut rien faire. Mais il y en a qui cherche cette réaction là. Euh, et il y a des situations où je sens bien que cette plainte elle cache autre chose. Ou qu'elle est là pour quelque-chose, et je me dis même si j'enlève cette plainte, si j'avais une baguette magique, et ba en fait, c'est quelque chose qui fait parti de l'équilibre de la relation avec moi du patient, et si j'enlève cette plainte c'est pas forcément bon. Enfin il y a sûrement quelque-chose derrière, mais encore une fois moi j'ai pas les outils pour démêler ça. Et là je suis un peu seul.

Investigateur : Et, est-ce qu'il y a des situations où vous faites appel à des aides extérieures?

Médecin 02 : Alors oui., euh, alors, j'envoie très rarement les patients âgés au centre anti douleur, parce que, bon c'est peut être un tord mais, euh, ça prend énormément de temps, c'est des déplacements, des fois c'est difficile pour eux, mais il m'est arrivée plusieurs fois d'adresser à une psychologue. Ça démêle pas tout mais...

Investigateur : Vous pensez que c'est une aide pour vous dans la prise en charge des patients.

Médecin 02 : Oui

Investigateur : Et donc pour vous le centre anti-douleur c'est pas quelque chose qui soit très adapté pour le sujet âgé?

Médecin 02 : Non parce que c'est la lourdeur, il faut qu'il leur envoie un dossier, qu'il remplisse le dossier, ils savent pas toujours comment, euh faire, après faut qu'il renvoie. C'est un peu lourd pour eux du point de vue administratif. C'est un dossier très fourni, le rendez vous est vraiment très lointain, eux...Si ça m'est arrivé de faire appel au centre anti douleur pour des choses vraiment...très...des douleurs zostériennes, très invalidantes, mais la plupart des cas, la où on est gêné, c'est ce qui est satellite à la douleur. Et là j'ai l'impression que le centre anti-douleur il me donne pas tellement de clefs pour ça.

Investigateur : En repensant à tout ce qu'on vient de dire, est-ce que vous pensez que c'est le médecin traitant qui soit le mieux placé pour évaluer la douleur du sujet âgé?

Médecin 02 : Pour l'évaluer, sans doute (réflexion), pour faire un bilan de cette douleur peut être pas, mais par contre pour la suivre, oui. Il faut vraiment que ça puisse être quelque-chose dans la continuité et qui...notre place de médecin traitant elle est intéressante par ce qu'on connaît la vie du patient la plupart du temps.

Investigateur : Et est-ce que vous pensez qu'il y a des limites à l'évaluation et la prise en charge de la douleur dans l'exercice ambulatoire?

Médecin 02 : Oui, le temps de consultation qui fait que...euh, c'est parfois la prise en charge du patient âgé avec la lenteur qui fait que, euh, ne serait-ce que pour le faire déshabiller. Pouvoir évaluer cliniquement, correctement le côté somatique des choses, ça ça prend un temps conséquent dans la consultation. Mais finalement il n'y a jamais d'urgence à évaluer la douleur sur une seule consultation. On peut revoir. Après ce qui est difficile (hésitation) parfois peut être on a pas les outils pour appréhender le vécu de ces patient âgés.

Investigateur : Ils y a parfois des choses plus émotionnelles, ou personnelles?

Médecin 02 : Oui je pense que la gestion des émotions du patient âgé c'est difficile, enfin j'en sais rien. J'ai très peu d'outils, de psycho-gériatrie qui me permettent de...enfin je trouve que sur cet aspect là je suis très limitée.

Investigateur : On parle de douleur, c'est un sujet assez récent dans la médecine. Aujourd'hui ça devient un nouvel objet de préoccupation de la médecine gériatrique. Qu'est-ce que vous en pensez?

Médecin 02 : C'est plutôt très bien (rire) et en même temps très complexe chez le patient âgé. Probablement que ce qui nous manque beaucoup, ce sont des connaissances sur les prises en charge annexes. C'est vraiment quelque-chose à prendre en compte. Et pour l'instant on a peu d'outils en tant que généraliste. Et peu de recours.